ПРОФИЛЬ ЛИЧНОСТИ, ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

АНТОНЬШЕВА О.В., КОЗЛОВСКИЙ В.И.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет»;
кафедра факультетской терапии

Резюме. Обследовано 200 больных артериальной гипертензией II степени. Определен профиль личности, уровень и частота встречаемости тревоги и депрессии. Профиль личности больных артериальной гипертензией характеризуется повышением по шкалам ипохондрии, депрессии и истерии и снижением по шкале психопатии. У 28 (14%) пациентов выявлена субклиническая депрессия, у 6 (3%) человек имела место депрессия легкой степени. У пациентов с артериальной гипертензией отмечается повышенный уровень как реактивной тревожности (умеренная РТ у 48% человек, высокая РТ у 43,5%), так и личностной тревожности (умеренная ЛТ у 41,5% человек, высокая ЛТ у 55,5% человек). При увеличении уровня тревоги, возраста пациентов и продолжительностью заболевания увеличивается уровень депрессии.

Ключевые слова: тревога, депрессия, профиль личности, артериальная гипертензия.

Abstract. It is surveyed by 200 sick arterial hypertension of II degree. The profile of the person, level and frequency of occurrence of alarm and depression is defined. The profile of the person sick of an arterial hypertension is characterised by increase on scales of a morbid depression, depression and a hysteria and decrease on a scale psichopathia. At 28 (14%) patients subclinical depression is revealed, at 6 (3%) the person depression of easy degree took place. At patients with an arterial hypertension the raised level as jet uneasiness (moderated JU at 48% the person, high JU at 43,5%), and personal uneasiness (moderated PU at 41,5% the person, high PU at 55,5% the person) is marked. At increase in level of alarm, age of patients and duration of disease depression level increases.

Keywords: alarm, depression, a profile of the person, an arterial hypertension.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, г.
Витебск, ул. Правды 58-3-16, (0212)281955. -
Козловский В.И.,

Артериальная гипертензия (АГ) – одно из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, выявляется у 25-30% взрослого населения промышленно развитых стран. В Республике Беларусь АГ обнаруживается у 25-27% людей. По данным акции измерения АД в Витебске у 32% взрослых людей АД более 140/90 мм рт.ст.

Итогом длительного повышения АД являются изменения в сосудистой стенке. Они связаны с расстройствами микроциркуляции, ремоделированием сосудистой стенки и миокарда, нарушениями функционирования эндотелия, ускорением развития атеросклероза. Выраженные изменения сопровождаются развитием повреждений органов-мишеней. Указанные осложнения увеличивают опасность мозгового инсульта, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности и внезапной смерти. При уровне систолического АД более 160 мм рт. ст. риск ИБС увеличивается в 3-4 раза и в 9 раз возрастает число инсультов. Возникают значительные экономические потери в связи с временной и стойкой нетрудоспособностью, что демонстрирует актуальность проблемы совершенствования методов лечения и профилактики АГ.

Хронические сердечно-сосудистые заболевания, как правило, сопровождаются психогенными расстройствами. Психогенные реакции наблюдаются в кардиологической клинике в 15-85% случаев. Основными формами этих расстройств являются разнообразные невротоподобные нарушения: астенические, гипотимические, сенестоипохондрические, истероформные, системные (расстройства сна, сексуальные нарушения и др). Причины их возникновения различны и связаны с формированием энцефалопатии, приемом медикаментозных средств, наличием клинических проявлений, поражением головного мозга, проявлением дисфункции других жизненно важных органов. Образуется замкнутый круг депрессивных и непсихических расстройств [1].

Понятие о тревоге и тревожности в кардиологии

По данным зарубежных авторов, повышенный уровень тревоги отмечается у 10,5% до 21% населения. Различные проявления тревожных расстройств наблюдаются у 19-20% женщин и 8-10% мужчин. При установленном диагнозе тревожных расстройств у 83% пациентов наблюдаются симптомы депрессии, а у пациентов с диагнозом депрессивных расстройств симптомы тревоги встречаются в 96% [2].

Тревога – эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий. Тревожность – склонность индивида к переживанию тревоги, характеризуется низким порогом возникновения тревоги. Тревожность увеличивается после перенесенных психических травм, при острых и хронических соматических заболеваниях и при нервно-психических заболеваниях. Выраженность тревоги и уровень тревожности, отражающие степень неблагоприятия личности, может быть своеобразным маркером хронического психологического стресса. При увеличении уровня тревоги отмечается изменение активности симпатoadреналовой, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем

организма, что сопровождается изменением углеводного, белкового, липидного обмена, прокоагулянтными сдвигами гемостаза, нарушением функции эндотелия сосудов. Все это может приводить к ускорению прогрессирования дисфункции эндотелия, увеличению тонуса коронарных сосудов, увеличению нестабильности атеросклеротической бляшки, склонностью к тромбообразованию и способствует возникновению и прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний.

Выделяют два вида тревожности: реактивную (ситуативная, ситуационная) тревожность и личностную (активная, характерологическая) тревожность

Личностная тревожность – это базовая черта личности, которая формируется на протяжении всей жизни. Она характеризует относительно устойчивую для человека склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающее его «Я» и реагировать на них состоянием тревоги, испытывать в большинстве ситуаций опасения, страх. Личностная тревожность проявляется в типичной, ситуационно устойчивой реакции человека, выраженной в состоянии повышенного беспокойства на угрожающую его личности или кажущуюся таковой ситуацию. Высокая личностная тревожность коррелирует с наличием неврозов и психосоматическими заболеваниями. Величина личностной тревожности характеризует прошлый опыт человека, насколько часто ему приходилось испытывать реактивную тревожность.

Реактивная тревожность возникает как реакция человека на различные стрессоры и характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания и тонкой координации. Проявляется только в определенных ситуациях. При неблагоприятном стечении обстоятельств трансформируется в личностную тревожность и становится стабильным свойством личности [3].

Эпидемиология депрессивных состояний у больных артериальной гипертензией

Частота выявления депрессивных состояний у больных ССЗ 18-60%. Не менее 30% больных АГ имеют признаки депрессии. С другой стороны, у 30% больных депрессией выявляются сердечно-сосудистые заболевания. Наличие депрессии сокращает продолжительность жизни больных, перенесших инфаркт миокарда (по отдельным данным, в 3,5 раза). В многолетних контролируемых исследованиях установлено, что у лиц с депрессией риск заболеть ИБС и ИМ в 2 раза выше, чем у лиц без депрессии. Риск инсульта у пожилых больных с АГ и выраженными симптомами депрессии в 2,3-2,7 раз выше, чем у больных АГ без депрессии. Депрессия может оказывать влияние на течение АГ, ИБС, ХСН [4, 5, 6].

По данным программ «КОМПАС» и «КООРДИНАТА» у больных с АГ выраженная депрессия встречается у 27,6%, повышение уровня депрессивных расстройств у 52%. У больных ИБС выраженная депрессия встречается у 30,9%, повышение уровня депрессивных расстройств – у 56% [1].

Методы выявления тревожных и депрессивных состояний у больных АГ

Одной из причин редкого выявления тревожных и депрессивных расстройств у пациентов общесоматической практики является недостаточная осведомленность терапевтов в вопросах диагностики этих расстройств [7, 8]. Разработан целый набор методик, позволяющих выявлять депрессию и тревогу в общемедицинской сети: миннесотский многофазный личностный опросник (ММРІ); шкала Гамильтона для оценки тревоги; методика Айзенка; 16-факторный опросник Кэттела; восьмицветный тест Люшера; шкала самооценки тревоги Спилбергера – Ханина; сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) – адаптированный русифицированный вариант теста Mini-Mult, представляющего собой сокращенную форму ММРІ и сохраняющего его наиболее ценные диагностические возможности; опросник Ленинградского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева – для изучения типа личностных реакций на болезнь; шкала Бэка (для определения уровня депрессии); шкала Холмса-Рея (для определения общего количества фиксируемых событий, воспринимаемых как стрессовые); шкала самооценки тревоги Шихана; госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); клиническая шкала самоотчета (SCL –90); опросник CES-D (для выявления депрессии).

Выявление у больных артериальной гипертензией тревожных и депрессивных расстройств и изучение их клинических особенностей является важной задачей, так как при них ухудшается отдаленный прогноз заболевания, ухудшается сотрудничество врача и пациента. Прогрессирование заболеваний сердечно-сосудистой системы при наличии депрессивных реакций связано с нарушениями режима питания, физической активности, медикаментозной терапии. У таких пациентов затруднено проведение реабилитации и мероприятий по вторичной профилактике.

Цель – определить профиль личности, уровень и частоту встречаемости тревожных и депрессивных расстройств у больных АГ II степени.

Методы

Исследование выполнено на базе кардиологического отделения Витебской центральной клинической больницы.

Обследовано 200 больных артериальной гипертензией II степени (по классификации ВОЗ, 1999), находившихся в стационаре по поводу гипертонического криза. Диагноз АГ устанавливался на основании клинического обследования больных и исключения симптоматических артериальных гипертензий.

Средний возраст составил $54,6 \pm 7,8$ года. Мужчин было 87 (43,5%), женщин – 113 (56,5%). Продолжительность артериальной гипертензии составила $10,4 \pm 9$ лет.

Диагноз сопутствующих заболеваний устанавливали на основании клинических и инструментальных обследований. У 10 человек отмечалась язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки вне обострения, у 5 человек – ХОБЛ вне обострения, у 16 – хронический пиелонефрит вне обострения, у 48 пациентов – стабильная стенокардия напряжения ФК I-II, у 21

– сахарный диабет 2 типа, 19 больных перенесли инфаркт миокарда, 6 – острое нарушение мозгового кровообращения, у 77 человек зарегистрирована хроническая сердечная недостаточность I-II функционального класса.

Критериями исключения были: сердечная недостаточность III-IV функционального класса, постоянная форма фибрилляции предсердий, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения в последние 3 месяца, симптоматические артериальные гипертензии, острые инфекционные заболевания.

Всем пациентам проводилась медикаментозная терапия, включающая прием эналаприла 20-40 мг/сут или лизиноприла 10-20 мг/сут в сочетании с метопрололом 50-100 мг/сут или гипотиазидом 25-100 мг/сут или амлодипином 5-10 мг/сут.

Характерологические особенности личности оценивали по опроснику Мини-Мульт (в адаптации Ф.Б. Березина и М.П. Мирошникова). Тест включает три оценочные шкалы (шкала L (лжи), позволяющая выявить тенденцию испытуемого представить себя в возможно более выгодном свете, шкала F (достоверности), позволяющая оценить желание испытуемого привлечь внимание окружающих к имеющимся затруднениям и конфликтам, шкала К (коррекции), коррегирующая стремление к чрезмерной замкнутости или открытости). И 10 клинических шкал, с помощью которых оцениваются следующие тенденции в структуре нормальной или патологической личности: ипохондрические (1), депрессивные (2), истерические (3), паранойяльные (6), психастенические (7), шизоидные (8), гипоманиакальные (9), уровень социальной адаптации (4), выраженность мужских и женских черт характера (5), степень экстра- и интраверсии (шкала 0). Полученный первичный результат переводится в T-нормы (с учетом пола), где среднее значение для популяции принимается за 50, а каждый T-балл соответствует 0,1 среднеквадратичного отклонения. Результат 70 баллов по T считается верхней границей нормальных пределов колебаний; высокими оценками по всем шкалам, после построения профиля личности, являются оценки, превышающие 70; низкими оценками считаются оценки ниже 40.

Уровень депрессии определяли с помощью опросника Бэка. Результаты оценивали следующим образом: сумма баллов меньше 11 – отсутствие депрессии; 11-18 баллов – субклиническая депрессия; 19-25 баллов – депрессия легкой степени тяжести; 26-30 баллов – умеренно выраженная депрессия; более 30-тяжелая.

Уровень реактивной и личностной тревожности определяли с помощью опросника Спилбергера. До 30 баллов – низкая тревожность, 30-45 баллов – умеренная, 46 и выше – высокая тревожность. Минимум – 20 баллов, максимум – 80.

Результаты обработаны с помощью пакета статистических программ «Statistica 6.0». Использовали непараметрические методы статистики. Для выявления связи между изучаемыми величинами применяли корреляционный анализ по Спирмену. Достоверными считали различия и корреляции при $p \leq 0,05$.

Результаты

В начале обследования в основной группе больных АГ среднее значение систолического артериального давления было $167,5 \pm 2,0$ мм рт. ст., диастолического артериального давления – $97,3 \pm 0,95$ мм рт. ст., частоты сердечных сокращений – $78,6 \pm 0,8$ уд. в мин. На фоне лечения уровень систолического артериального давления снизился до $134,8 \pm 0,3$ мм рт. ст., диастолического – до $84,6 \pm 0,2$ мм рт. ст., при отсутствии изменений ЧСС ($77,3 \pm 0,8$ уд. в мин). К концу пребывания в стационаре у 162 (81%) пациентов были достигнуты целевые цифры АД, у 38 (19%) пациентов достигнуто снижение АД, но не до целевых цифр. На периодические головные боли жаловались 125 пациентов, 87 пациентов отмечали головокружение, 12 – шум в голове, 55 – боли в сердце. Проведенное лечение сопровождалось улучшением самочувствия, уменьшением головных болей, болей в области сердца.

По шкале Бека 166 (83%) пациента не имели депрессии. У 28 (14%) пациентов выявлена субклиническая депрессия, у 6 (3%) человек имела место депрессия легкой степени. Выявлено, что при увеличении возраста пациентов выраженность депрессивных расстройств увеличивается ($r = 0,44$; $p < 0,05$). Между длительностью артериальной гипертензии и выраженностью депрессивных расстройств выявлена достоверная средняя корреляция ($r = 0,55$; $p < 0,05$). Чем выше уровень диастолического АД, тем выше уровень депрессивных расстройств ($r = 0,28$; $p < 0,05$).

Частота встречаемости различных уровней реактивной и личностной тревожности представлена в таблице.

Таблица 1

Частота встречаемости различных уровней реактивной и личностной тревожности у больных АГ

Показатель и	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	низкая	умеренная	высокая	низкая	умеренная	высокая
Количество человек (%) по группам	17 (8,5%)	96 (48%)	87 (43,5%)	6 (3%)	83(41,5%)	111 (55,5%)
Средний бал	$26,5 \pm 2,12$	$38,1 \pm 4,69$	$53,9 \pm 6,66$	$28 \pm 1,22$	$39,9 \pm 4,16$	$54,8 \pm 7,19$

Между длительностью артериальной гипертензией и РТ и ЛТ выявлена достоверная низкая корреляция ($r = 0,26$; $r = 0,27$ соответственно).

При увеличении уровня реактивной тревожности отмечается достоверное увеличение уровня депрессивных расстройств ($r = 0,56$; $p < 0,05$), при увеличении уровня личностной тревожности также отмечается достоверное увеличение уровня депрессивных расстройств ($r = 0,59$; $p < 0,05$).

При сравнении группы пациентов, достигших целевого уровня АД с группой пациентов, не достигших целевого АД, достоверных отличий между уровнем тревоги, депрессии не выявлено.

Усредненный профиль личности больных артериальной гипертензией, по опроснику Мини-Мульт, характеризуется повышением по 1-й, 2-й и 3-й шкалам (шкалы ипохондрии, депрессии и истерии) и снижением по 4-й шкале (уровень социальной адаптации). Повышение баллов выше 70 по шкале ипохондрии отмечалось у 33 (16,5%) пациентов, повышение баллов выше 50 (среднее значение для популяции) – у 119 (59,5%) человек. Повышение баллов выше 70 по шкале депрессии отмечалось у 17 (8,5%) пациентов, повышение баллов выше 50 – у 102 (51%) человек. Повышение баллов выше 70 по шкале истерии отмечалось у 31 (15,5%) пациентов, повышение баллов выше 50 – у 120 (60%) человек.

Между возрастом пациентов и шкалами ипохондрии, депрессии, истерии, паранойи, психастении и шизоидности отмечена достоверная низкая корреляция. Между длительностью артериальной гипертензии и шкалами ипохондрии, депрессии, истерии, паранойи, психастении и шизоидности отмечена достоверная низкая корреляция.

Заключение

1. По данным теста Мини-Мульт усредненный профиль личности больных артериальной гипертензией характеризуется повышением по шкалам ипохондрии, депрессии и истерии, и снижением по шкале психопатии. Психодиагностика у больных соматическими заболеваниями необходима с целью своевременного выявления и коррекции психических расстройств, что способствует повышению эффективности лечения и реабилитационных мероприятий.

2. У 28 (14%) пациентов выявлена субклиническая депрессия, у 6 (3%) человек имела место депрессия легкой степени.

3. У пациентов с АГ отмечается повышенный уровень как реактивной тревожности (умеренная РТ у 48% человек, высокая РТ у 43,5%), так и личностной тревожности (умеренная ЛТ у 41,5% человек, высокая ЛТ у 55,5% человек).

4. Отмечена достоверная корреляция между уровнем депрессивных расстройств и возрастом пациентов ($r = 0,44$; $p < 0,05$), между депрессивными расстройствами и продолжительностью заболевания ($r = 0,55$; $p < 0,05$).

5. При увеличении уровней реактивной и личностной тревожности достоверно увеличивается уровень депрессивных расстройств ($r = 0,56$; $r = 0,59$).

Литература

1. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных Артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования / Е.И. Чазов [и др.] // Кардиология. – 2005. – № 11. – С. 4-8.
2. Володина, О.В. Частота встречаемости тревожных симптомов у мужчин с ишемической болезнью сердца / О.В. Володина // Рос. мед. журнал. – 2004. – № 6. – С. 4-7.
3. Коротков, С.В. Тревожные расстройства: классификация, диагностика, лечение: методические рекомендации / С.В. Коротков, О.М. Радюк; М-во здраво-я Респ. Беларусь, Мин. гос. мед инст-т. – Минск, 1998. – 35 с.
4. Осколкова, С. Депрессии в общеймедицинской практике / С. Осколкова // Врач. – 1997. – № 12. – С. 9-12.
5. Мосолов, С.П. Клиническая диагностика и фармакотерапия депрессий в соматической практике / С.П. Мосолов // Тер. Архив. – 1999. – № 10. – С.70-76.
6. Яковлев, В.А. Особенности диагностики и лечения депрессивных состояний при соматических болезнях / В.А. Яковлев // Военно-медицинский журнал. – 1998. – № 3. – С. 47-48.
7. Андриюшенко, А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общеймедицинской практике / А.В. Андриюшенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский // Журн неврол и психиат. – 2003. – № 5. – С. 11-17.
8. Погосова, Г.В. Депрессия — новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти / Г.В. Погосова // Кардиология. – 2002. – № 4. – С. 86-91.